

A ALEXITIMIA E A HOSTILIDADE EM DOENTES QUE SOFRERAM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Edite Amorim*, Marina Guerra* e Maria Júlia Maciel**

Resumo

Este estudo pretende avaliar a presença de alexitimia e hostilidade em doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio. A alexitimia tem sido reconhecida em pessoas saudáveis de idade avançada, bem como portadoras de várias doenças crónicas, nas quais o EAM se enquadra. Neste estudo foram recolhidos dados de 30 sujeitos com enfarte e 30 sem enfarte, ambos do sexo masculino. Foi utilizada a escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), a primeira parte do QAE-EN, um questionário de avaliação das emoções para a anorexia nervosa, o STAXI e um questionário de estilos de vida. Os resultados confirmam a relação entre enfarte e riscos associados ao estilo de vida e apontam para uma diferença que, apesar de não significativa, vai no sentido da confirmação da relação entre alexitimia e EAM. A hostilidade aparece relacionada com o enfarte, em particular a com-

ponente anger in, e as duas variáveis, alexitimia e hostilidade aparecem também relacionadas. Os resultados sugerem uma necessidade de actuar ao nível da expressão e modelagem de emoções em indivíduos saudáveis e doentes cardíacos.

Palavras-chave: Alexitimia; Hostilidade; Anger in; Anger out; Anger control; Enfarte agudo do miocárdio.

Actualmente, a doença das artérias coronárias (DAC) aparece não só associada às variáveis de risco físicas, mas também psicológicas. As emoções parecem ter um papel preponderante neste processo e a sua influência na saúde física, em particular na doença coronária, tem sido alvo de muitas investigações.

É necessário, antes de mais, compreender o impacto que a doença coronária tem actualmente e o seu crescimento exponencial desde a década de 60. Cardoso (1984) realça os dados apresentados pela O.M.S. em 1969, referentes ao grande aumento que esta doença atingia e à proporção crescente de jovens que ia sendo afectada por ela, o que a levava a ser considerada quase uma epidemia. As intervenções passam a ser feitas no sentido

* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

** Chefe de Serviço de Cardiologia do Hospital de S. João, Professora na Faculdade de Medicina do Porto.

de identificar, para assim controlar, os factores de risco. Através de vários estudos prospectivos são então identificados os factores de risco clássicos: o tabagismo, a hipertensão arterial, a dislipidemia, e outros, de risco menor, como a obesidade, a diabetes, o sedentarismo e os antecedentes familiares. No entanto, com o avanço dos estudos, esta categorização sofreu alterações. Os factores de risco clássicos acabam por explicar menos de metade da incidência da doença coronária (Cardoso, 1990, *cit.in* Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1996).

A perspectiva ecológica da saúde e da promoção da saúde, cujos princípios foram definidos por Stokols (1992, *cit. in*, Trigo, Coelho & Rocha, 2001) passa a ter em conta que os próprios factores de risco clássicos das doenças cardiovasculares e em particular da doença coronária dependem também de padrões comportamentais e reacções emocionais aprendidas, que se constituem como estilos de vida regulares em resposta às agressões e pressões do meio ambiente (Trigo, Coelho & Rocha, 2002). Estes desenvolvimentos levam ao surgimento de uma medicina integrada e à criação de Disciplinas como a psicocardiologia (Nunes, 1989), que se articula entre os saberes provenientes das Ciências Biomédicas e das Psicossociais, dedicando-se ao estudo do papel e das relações entre características psicológicas, o comportamento, o meio social e as doenças cardiovasculares, em particular a DAC (Trigo, 2002). Esta visão cria uma maior abrangência dos factores de risco cardiovasculares, passando a uma abordagem em que os factores de risco psicossociais ganham um grande peso. O foco na sua importância despoletou a abertura para

aspectos mais emocionais e alguns estudos evidenciam que mais de metade dos casos de DAC são precipitados por acontecimentos específicos, relacionados com as emoções, o ambiente ou situações de doença física (Bahn, 1997; Alexander, Pratt & Roberts, 1998, *cit in* Trigo, 2002). Friedman e Rosenman (1959, 1974, *cit. in* Trigo, Coelho & Rocha, 2000) cardiologistas, definem um padrão de comportamento com aparente relação com a incidência da DAC. O padrão comportamental tipo A ou PCTA, como é denominado pelos autores, é definido por características psicológicas e comportamentais: extrema ambição profissional, competitividade exagerada, impaciência, comportamento agressivo e hostil, associados ao sentimento de pressão e falta de tempo. Caracteriza-se também por uma maior activação psicofisiológica a vários níveis, que vulnerabilizam o sistema cardiovascular (Cardoso, 1984). Assim, depois de vários estudos, (Friedman & Rosenman, 1959; Rosenman *et al.*, 1964; Rosenman *et al.*, 1975, *cit. in* Fontaine & Étienne, 1996) o padrão comportamental tipo A é aceite, em 1982, como factor de risco independente da DAC, com “peso” aproximado a outros factores de risco clássicos, pelo National Heart, Lung and Blood Institute (Cardoso, 1984).

Com o desenrolar da investigação, o valor preditivo do PCTA diminui e a sua definição restringe-se, passando a ser evidente que apenas alguns componentes do PCTA poderiam explicar a variância na sua incidência, donde se passa a realçar o carácter potencialmente desencadeador de *stress* da agressão, da expressão de hostilidade e raiva, bem como da experiência de raiva (Trigo, Rocha & Coelho, 2000). Nos anos 80, a

hostilidade define-se como a componente tóxica do PCTA (Hearn *et al.*, 1985, 1989, *cit. in* Fontaine & Étienne, 1996).

A relação entre hostilidade e doenças cardiovasculares é evidenciada em estudos, como o de Williams e Barefoot (1998, *cit. in* Jarvinen & Tavaja, 2002), que salientam a hostilidade como factor preditor da progressão da doença coronária e precipitação dos seus sintomas e o de Smith, Folllick e Korr (1984, *cit. in* Trigo, Rocha & Coelho, 2000), que propõem que a hostilidade contribui para o processo de doença através da elevação da resposta fisiológica aos stressores. A hostilidade define-se por um conjunto complexo de atitudes que motivam comportamentos agressivos e que implicam geralmente sentimentos de raiva (Spielberg, Krasner & Solomon, 1988). Existe assim, uma interpenetração entre os conceitos de hostilidade, raiva, e agressividade, características da personalidade que fazem parte do que foi denominado por síndrome AHA (Anger, Hostility and Aggression) (Spielberg, Ritterband, Sydeman, Reheiser & Unger, 1995, *cit. in* Trigo, Rocha & Coelho, 2000) com grande efeito nas alterações a nível do sistema cardiovascular. A raiva destaca-se como a dimensão da hostilidade com maior valor preditivo da DAC, em particular a supressão da raiva (Barefoot *et al.*, 1989, *cit. in* Trigo, Rocha & Coelho, 2000). A raiva ou ira define-se como o “estado emocional que consta de sentimentos que variam em intensidade, desde uma irritação ou aborrecimento ligeiros, a uma fúria e cólera intensas” (Spielberg *et al.*, 1998, *cit. in* Silva, Campos & Prazeres, 1999, p.57). Distinguem-se três componentes da raiva: *anger in* ou “raiva para dentro”, aquela que não é manifesta, é vivenciada e

mantida dentro do sujeito; *anger out* ou “raiva para fora”, uma reacção de raiva manifesta por comportamento agressivo verbal ou físico; *anger control* ou controlo da raiva, que diz respeito à capacidade para controlar adequadamente a raiva (Spielberg, 1991, *cit. in* Bridewell & Chang, 1997). Parece existir uma relação mais acentuada entre a *anger in* e a DAC (Dembroski *et al.*, 1985, *cit. in* Trigo, Rocha & Coelho, 2000) e entre a *anger out* e a DAC (Siegman, 1994, 1993, *cit. in*, *ibid*). O *anger control* parece ser uma característica protectora, associando-se de forma negativa com a DAC (Harburg *et al.*, 1979, *cit. in* Trigo, Rocha & Coelho, 2000).

A alexitimia é outra das variáveis psicológicas associadas à doença cardíaca, que ganha peso a partir da década de 70. Sifneos (1973, *cit. in* Gago e Neto, 2001) um dos autores deste construto, usa o termo alexitimia pela sua raiz etimológica (*a-* não, *lexis-* palavra, *thimos* – afectividade), que significa “sem palavras para as emoções.” Na sua definição, Nemiah (1970, 1976, *cit. in* Gago & Neto, 2001) considerou como aspectos mais importantes nos doentes a sua dificuldade em identificar e descrever emoções e os afectos; a pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar; o pensamento concreto e estilo de vida mais orientado para a acção. Mais tarde são acrescentadas algumas características à variável psicológica em questão, como a dificuldade em perceber e expressar emoções através de condutas não verbais (McDonald & Prkachin, 1990, *cit. in* Gomez, Eizaguirre & Aresti, 1997). Assim, o sujeito alexitímico não é o que não tem emoções, mas sim o que tem dificuldade em identificá-las e comunicá-las (Berenbaum & Irvin, 1996). Alguns autores definem-na como “uma

espécie de agenesia do pensamento simbólico” (Haynal & Pasini, 1984, *cit. in* Fonte, 1993, p.17) e outros, como Fridman e Sweet (1954, *cit. in* *ibid.*, p.38) como “analfabetos emocionais”.

As bases do conceito de alexitimia são definidas por dois psiquiatras, Nemiah e Sifneos, de corrente psicanalítica, em contexto psicoterapêutico, a partir da observação de doentes com perturbações psicossomáticas (Taylor, Bagby & Parker, 1991, *cit. in* Gomez, Eizaguirre & Aresti, 1997). Apesar do estudo da variável alexitimia ter estado inicialmente ligada à doença psicossomática, vários outros estudos demonstram a sua ligação a outras patologias e perturbações, nomeadamente à diabetes (Friedman et al., 2004); a várias perturbações psíquicas, entre elas a depressão (Muller, Buhner & Ellgring, 2003; Hintikka, Honkalampi, Lehtonen & Viinamaki, 2001); às perturbações alimentares (Borges, Jorge, Morgan, Da Silveira & Custódio, 2002); à doença crónica em geral (Barros, Teixeira, Trindade, 1997); à somatização (Almeida & Machado, 2004); às dependências (Taieb et al. 2002; Fernandez, Eizaguirre & Aresti, 1997; Gago & Domingos, 2001) e à doença cardíaca (Kojima, Frasure & Lespérance, 2001; Berenbaum & Irvin, 1996).

A alexitimia relaciona-se com diversos factores biopsicossociais: vários estudos apontam para uma predominância no género masculino (Keltikangas-Jarvinen, 1995; Shipko, 1982; Smith, 1983; Dion, 1996; Fischer & Good 1997, *cit. in* Otero, 2000); maior taxa de incidência em idades mais avançadas (Fernández, 2004, *cit. in* Sánchez, 2004), relação com o baixo estatuto sócio-económico sendo mais significativa a relação com a escolaridade do

que com a profissão (Barros, Teixeira & Trindade, 1997), predominante nos indivíduos não casados (Kokkonen et al. 2001), e relacionada com a cultura (Berenbaum & Raghavan, 2002).

Esta característica é vista segundo várias perspectivas teórico-conceituais e são abordadas várias hipóteses sobre a sua etiologia (Otero, 2000) não existindo ainda uma unanimemente aceite. Paralelamente é discutida a sua ligação enquanto estado ou traço de personalidade (Flannery, 1977, *cit. in* Lobo, Trindade & Teixeira, 1997).

As duas variáveis da personalidade aqui apresentadas, alexitimia e hostilidade, em particular a sua componente raiva, aparecem correlacionadas com a doença cardíaca em vários estudos (Berenbaum & Irvin, 1996; Waldstein, Kauhenen, Neumann & Katzel, 2002), sendo a raiva a emoção que mais aparece relacionada com a alexitimia na investigação, por estarem ambas relacionadas com a relação interpessoal (Berenbaum & Irvin, 1996). Apesar de alguns autores referirem a alexitimia como potencial factor de risco cardiovascular (Fonte, 1993) não se pretende adiantar nesta investigação uma relação de causa ou efeito de cada uma das variáveis na ocorrência de enfarte ou na doença cardíaca. Sugere-se apenas a análise da relação entre a alexitimia e a hostilidade, em particular a componente *anger in*, por esta poder constituir um modo indirecto da alexitimia poder afectar os resultados de saúde cardiovascular (Waldstein et al., 2002).

Este estudo diferencial de comparação procura verificar a relação das emoções, especificamente da sua não expressão (alexitimia) e não regulação satisfatória (hostilidade) com o EAM.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 60 participantes, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos, intervalo etário considerado como a “meia-idade”. A participação no estudo foi voluntária e a confidencialidade assegurada desde o início, bem como a possibilidade de desistência em qualquer altura.

O grupo experimental é constituído por 30 com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (EAM).

O grupo de controlo é composto por 30 sujeitos sem afecção cardíaca nem conhecimento de qualquer patologia relevante, visitantes dos doentes internados na mesma unidade, no mesmo período de tempo e pertencentes à faixa etária em estudo.

A média de idades do grupo experimental é de 47,7 anos e do grupo de controlo de 47,2 anos; os participantes encontram-se igualmente distribuídos, a nível de grupo de controlo e experimental, entre os diferentes níveis de formação, predominando a formação até aos 9 anos de escolaridade. A maior parte dos participantes é casada (cf. Quadro 1).

Foram excluídos 6 participantes por não reunirem as condições necessárias à inclusão no estudo.

Material

O protocolo foi constituído pelos instrumentos que a seguir se descrevem, apresentados ao sujeito em conjunto pela ordem aqui expressa.

– Questionário elaborado para recolha de dados sociodemográficos, em que consta a pergunta de separação entre grupo experimental e grupo de controlo (“Já teve enfarte agudo do miocárdio?”), uma questão acerca da existência de outras doenças conhecidas, sexo, data de nascimento, nível de instrução, profissão e estado civil.

– QAE-EN – Questionário de Avaliação das Emoções para a Anorexia Nervosa (Torres & Guerra, 2001). Este questionário é composto por duas partes distintas, sendo a primeira parte relativa à avaliação de emoções no geral e a segunda mais orientada para as emoções associadas à anorexia nervosa. Apenas a primeira parte, constituída por duas secções, foi utilizada neste estudo. A secção A é composta por uma escala com 10 itens que

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM ESTUDO

| | Média idades | Nível de instrução (anos de escolaridade) | | | | Estado civil | | | |
|--------------|--------------|--|-----|-------|-----|--------------|----------------|-----------|-------|
| | | 0-4 | 5-9 | 10-12 | >12 | Solt. | Cas./Un. facto | Div./sep. | Viuvo |
| G. E. | 47,67 | 10 | 11 | 4 | 5 | 1 | 26 | 3 | 0 |
| G. C. | 47,16 | 9 | 12 | 6 | 3 | 1 | 26 | 2 | 1 |

$p=ns$; $t=0,391$

representam situações nas quais os indivíduos têm que se situar, numa escala tipo *Likert* com 5 pontos (de “nunca” a “quase sempre”), relativamente à frequência em que cada uma ocorre. Esta parte da escala está relacionada com as questões apresentadas na TAS-20, embora o faça sob uma forma diferente, sendo por isso de esperar que os valores obtidos nas duas escalas estejam relacionadas, já que medem o mesmo constructo.

A secção B da mesma escala é composta por 11 emoções perante as quais os sujeitos se deverão situar quanto à frequência com que é sentida. As possibilidades de respostas são também apresentadas na mesma escala tipo *Likert*, pretendendo avaliar a frequência com que o indivíduo sente emoções “positivas” e “negativas”. As emoções apresentadas são as 11 emoções primárias apresentadas por Izard: interesse, alegria, surpresa, angústia, cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha, tristeza e culpa.

A utilização desta escala em simultâneo com a TAS-20 permite obter uma maior consistência em termos de resultados.

– TAS-20 – Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (Bagby, Parker & Taylor, 1992) para auto-avaliação da alexitimia. Esta escala é composta por 20 itens com respostas tipo *Likert* de cinco pontos (de 1: “discordo totalmente” a 5: “Concordo totalmente”) e possui uma estrutura factorial, com 3 factores, estável e replicável, congruente com o constructo da alexitimia: factor 1: dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; factor 2: (fortemente correlacionado com o anterior) dificuldade em descrever os sentimen-

tos aos outros; factor 3: estilo de pensamento orientado para o exterior. Esta estrutura factorial foi validada cruzando-a com amostras de diferentes países, entre eles Portugal.

A versão portuguesa foi adaptada por Prazeres, Parker e Taylor (2000) e apresenta uma adequada consistência interna e uma excelente precisão teste-reteste, com três e seis semanas de intervalo, demonstrada em dois estudos. A equivalência da tradução face ao original foi garantida por um resultado total de $r=0,91$ ($p<0,001$) quanto à correlação momento-produto de Pearson para cada par de itens e para os totais. O total dos resultados obtidos é analisado segundo os pontos de corte propostos pelos autores, sendo que ≤ 51 corresponde à classificação de não-alexitímico e ≥ 61 corresponde a alexitímico.

– STAXI – Inventário de Auto-Avaliação de Estado-Traço de Expressão de Raiva (Spielberg, 1988). Este inventário tem como objectivo medir a emoção *raiva* ou *ira*, a componente mais tóxica da hostilidade. O inventário é de auto-preenchimento, possui 44 itens e é constituído por 3 partes principais: a primeira, com 10 itens, é uma medida do estado de raiva – *Como me sinto neste momento*; a segunda, também com 10 itens, é uma medida do traço de raiva – *Como me sinto geralmente*; e a terceira, com 24 itens, é uma medida da expressão da raiva – *Quando estou zangado(a) ou furioso(a)*. Cada afirmação deverá ser classificada pelo sujeito entre “Nunca”, “Algumas vezes”, “Frequentemente” e “Quase sempre”, de acordo com o que lhe parecer que melhor descreve os seus sentimentos.

Nesta escala encontram-se seis facto-

res, divididos pelas três escalas de raiva: um factor na escala de estado de raiva; dois factores na escala de traço de raiva – temperamento de raiva e reacção de raiva; três factores na escala de expressão de raiva – *anger out* (itens 22, 27, 29, 32, 39, 42 e 43), *anger in* (itens 23, 25, 26, 30, 33, 36, 37 e 41) e *anger control* (itens 21, 24, 28, 31, 35, 38, 40 e 44).

A versão portuguesa e adaptação final desta escala foram desenvolvidas por Silva, Campos e Prazeres (1998). Foram obtidos coeficientes de consistência interna dos itens e das escalas situados dentro dos critérios requeridos, em três estudos diferentes. Os resultados do teste-reteste são também satisfatórios. Foram obtidos alfas relativamente homogêneos nas duas amostras quanto aos itens das três escalas. Os estudos de garantia e validade da versão portuguesa proporcionam resultados satisfatórios.

- Questionário de hábitos de saúde: Este questionário, da autoria de Guerra, Marinho e Maciel (2003), é composto por 25 questões fechadas, que avaliam os hábitos de saúde. O questionário é composto por 16 itens para avaliar os hábitos alimentares (eg: "Bebe vinho regularmente às refeições?"), 3 itens para avaliar os hábitos tabágicos (eg: "Há quantos anos fuma?"), 2 itens para avaliar o relacionamento e desempenho a nível do trabalho (Eg: "Tem ou teve problemas de relacionamento com colegas no seu local de emprego/escola?") e 4 itens para avaliar a actividade física (eg: "Pratica alguma actividade física?"). A maior parte das questões são formuladas com cinco possibilidades de resposta, num modelo tipo *Likert*, havendo apenas 5 itens com resposta dicotómica. Este questionário ainda não

tem as suas propriedades psicométricas avaliadas.

Procedimento

Os dados foram recolhidos na Unidade Intermédia de Cardiologia do Hospital de S. João, no Porto, entre Janeiro e Abril de 2004.

Os participantes do grupo experimental foram doentes com diagnóstico de EAM abordados pela psicóloga do serviço durante o internamento, pelos menos três dias depois do EAM. Foi-lhes solicitado que preenchessem o protocolo durante esse tempo.

Os sujeitos para o grupo de controlo foram seleccionados entre as visitas de todos os doentes internados, de acordo com a integração na faixa etária a estudar e o preenchimento foi feito preferencialmente *in locu* ou feito em casa e entregue numa visita seguinte, dependendo da disponibilidade dos sujeitos.

Apesar de o protocolo ser de auto-preenchimento, alguns participantes, quer do grupo experimental, quer do grupo de controlo, solicitaram ajuda para o seu preenchimento. Nestes casos procurou-se que a interferência fosse mínima, sensibilizando os participantes a responderem o mais sinceramente possível, sem tentarem fazê-lo de acordo com o que parecesse mais certo, mas sempre da forma mais verdadeira para si. Salientou-se ainda a não existência de respostas certas ou erradas.

Para a realização deste estudo foi pedida prévia autorização à comissão de Ética do Hospital de S. João. Tal como o exigido nesse protocolo foi respeitada a declaração de Helsínquia na recolha e tratamento dos protocolos recolhidos. Foi respeita-

do o consentimento informado, explicando aos sujeitos que o preenchimento era facultativo e feito de forma anónima e confidencial, bem como dada a possibilidade de desistir do seu preenchimento em qualquer altura, sem que daí pudesse advir qualquer tipo de consequência.

Aos dados finais recolhidos apenas teve acesso a equipa de investigação.

RESULTADOS

O tratamento dos dados foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 12.0. Para a análise dos dados foi utilizado o teste paramétrico *t* de Student e foi feita a análise de várias correlações. Foi também utilizado o teste de Qui-quadrado, como estatística inferencial, para a análise das categorias que foram criadas a partir dos totais dos resultados de algumas escalas.

A análise dos resultados pode ser dividida em termos de características comportamentais relativas aos factores de risco cardiovasculares clássicos e psicossociais.

Em termos de resultados de hábitos de vida, a nível de tabagismo (cf. Quadro2) observa-se que, enquanto no grupo de controlo não existe diferença quanto à percentagem de fumadores e não fumadores, no grupo experimental, os fumadores prevalecem. Não existem diferen-

ças significativas quanto ao número de cigarros fumados nem há quanto tempo são fumadores.

Quanto aos hábitos alimentares, verifica-se que existe uma pequena diferença, se bem que não significativa, no sentido de uma alimentação mais saudável por parte do grupo de controlo ($M=51,67$, $SD=5,938$) em relação ao experimental ($M=48,60$, $SD=7,398$), $t(58)=-1,771$, $p=ns$, passando-se o mesmo para a prática de exercício físico, em que o grupo controlo tem uma média ligeiramente mais alta ($M=9,93$, $SD=3,331$) do que o grupo experimental ($M=8,97$, $SD=3,285$), $t(58)=-1,132$, $p=ns$.

Relativamente à análise do comportamento da variável alexitimia, obtida através da TAS-20, quanto à relação com a idade, confirma-se o aumento da prevalência desta característica com o aumento da idade ($r=0,282$, $p<0,05$).

Quanto à relação entre escolaridade, profissão e alexitimia, encontra-se uma correlação significativa, negativa e moderada para o primeiro caso ($r=-0,414$, $p<0,01$) e uma correlação significativa, negativa e fraca para o segundo ($r=-0,259$, $p<0,05$).

A relação entre a variável estado civil e alexitimia não é significativa.

No que respeita à relação da alexitimia com o enfarte agudo do miocárdio, verifica-se que, apesar de não significativa,

QUADRO 2 – QUANTIDADE DE FUMADORES, NÃO FUMADORES, CIGARROS FUMADOS E TEMPO DE FUMADOR

| | Fumadores | Não-fumadores | Cigarros fumados | | Há quanto tempo é fumador | |
|-------|-----------|---------------|------------------|------|---------------------------|-----------|
| | | | 0-10 | > 10 | 0-10 anos | > 10 anos |
| G. E. | 21 | 9 | 22 | 8 | 28 | 2 |
| G. C. | 16 | 14 | 23 | 7 | 27 | 3 |

existe uma tendência na diferença das médias no sentido esperado, confirmando a tendência alexitímica nos doentes com enfarte. Em termos de análise dos resultados por categorias, através do teste de qui-quadrado entre a presença ou ausência de EAM e as categorias da TAS obtidas através dos pontos de corte, confirma-se o observado na análise das diferenças de médias: existem mais alexitímicos dentro dos sujeitos com enfarte e mais 20% de alexitímicos no grupo experimental (cf. Quadro 3).

A análise das diferenças de médias na escala QAE-EN aponta no mesmo sentido da escala anterior: uma não significância das diferenças de médias, mas uma ligeira tendência, em termos de médias, superior para o grupo experimental (cf. Quadro 4).

Os resultados destas duas escalas que medem o mesmo constructo são, tal como seria de esperar, semelhantes. A correla-

ção entre os valores obtidos pelas duas escalas é significativa, positiva e moderada ($r=0,404$, $p<0,01$).

A análise dos sentimentos mais frequentes nos doentes com e sem EAM não revela nenhuma tendência no sentido de diferenciação entre os grupos, quer a nível das emoções negativas, quer a nível das emoções positivas, sendo as correlações entre cada uma delas e a presença ou ausência de EAM não significativas ($p>0,05$).

Quanto à análise da componente mais tóxica da hostilidade, a raiva, os resultados (cf. Quadro 5) apontam no sentido previsto, com uma prevalência da *anger in* nos doentes com EAM. A interiorização das emoções parece ser, de facto, uma característica presente dos doentes cardíacos. Existe, além disso, uma correlação positiva, moderada e significativa entre esta característica e a alexitimia no sentido previsto ($r=0,466$, $p<0,01$) demons-

QUADRO 3 - QUI QUADRADO ENTRE AS CATEGORIAS DA ALEXITIMIA E OS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLO

| | | Count | % |
|------------------|------------|-------|------|
| Não alexitímicos | Gr. Exper. | 10 | 33,3 |
| | Gr. Contr. | 14 | 48,3 |
| Alexitímicos | Gr. Exper. | 10 | 33,3 |
| | Gr. Contr. | 4 | 13,8 |

$\chi^2=3,270$; $p>0,05$

QUADRO 4 - DIFERENÇAS DE MÉDIAS DOS VALORES DA TAS E DA QAE-EN RELATIVAMENTE AO GRUPO EXPERIMENTAL E GRUPO DE CONTROLO (TESTE T DE STUDENT)

| | | Gr. Exper. | Gr. Contr. | | |
|--------|------|------------|------------|-----------|--------|
| TAS | Mean | 55,17 | 51,28 | $t=1,422$ | $p=ns$ |
| | SD | 11,730 | 9,071 | | |
| QAE-EN | Mean | 24,20 | 23,23 | $t=0,800$ | $p=ns$ |
| | SD | 5,041 | 4,289 | | |

QUADRO 5 - DIFERENÇA ENTRE OS VALORES DAS MÉDIAS DOS GRUPOS EXPERIMENTAL E CONTROLO RELATIVAMENTE À ESCALA STAXI (T DE STUDENT)

| | Com EAM | | Sem EAM | | | |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|----------|--------|
| | Mean | SD | Mean | SD | | |
| Ax in ¹ | 17,50 | 3,655 | 14,55 | 3,077 | t=3,346 | p<0,01 |
| Ax out ¹ | 15,40 | 3,607 | 13,10 | 3,858 | t=2,363 | p<0,05 |
| Ax control ² | 21,07 | 4,741 | 21,62 | 5,130 | t=-0,431 | p=ns |

¹Scores mais elevados indicam pior funcionamento a nível da gestão da raiva

²Scores mais elevados indicam melhor funcionamento a nível da gestão da raiva

trando a relação entre as duas variáveis em estudo, alexitimia e hostilidade.

Quanto à *anger out*, apresenta também uma média superior nos doentes com EAM e correlaciona-se também positivamente com a alexitimia ($r=0,407$, $p<0,01$), o que vem apontar para uma ligação entre a dificuldade do doente cardíaco modelar as emoções de forma adequada.

O *anger control* é maior no grupo de controlo, se bem que essa diferença não seja significativa. A relação desta característica com a alexitimia é significativa ($r=-0,323$, $p<0,05$). Assim, quanto mais alexitímico é o indivíduo menor controlo da raiva ele terá.

DISCUSSÃO

Convém antes de mais referir que o facto de a amostra ser apenas composta por homens se deve ao facto de este ser o género em que mais se manifesta a alexitimia (Kokkonen, 2001; Fernández, 2004, *cit. in* Sánchez, 2004) e devido à população internada por EAM ser também do mesmo sexo.

No que diz respeito à alexitimia e às características sociodemográficas desta amostra, são encontrados resultados que

vão, na sua grande parte, de encontro à investigação. O aumento da alexitimia com o aumento da idade vai ao encontro em outros estudos com população geral (Kleiger & Jones, 1980, *cit. in* Otero, 2000) e com população com outros tipos de perturbação (Barros, Teixeira & Trindade, 1997). A correlação positiva entre a idade e a alexitimia é superior na doença cardíaca em relação à população geral (Gunzelmann, Kupfer & Brahler, 2002).

Em relação ao estatuto social existe uma correlação negativa e moderada com a presença da alexitimia, sendo a escolaridade uma variável mais fortemente relacionada do que a profissão, tal como o observado em investigações anteriores com doentes com perturbações digestivas (Fontes, 1993) e em doentes crónicos (Barros, Teixeira & Trindade, 1997). O facto de a alexitimia diminuir com a escolaridade parece indicar que o maior desenvolvimento de ferramentas de expressão, do desenvolvimento operativo e simbólico poderão interferir de forma positiva na capacidade dos sujeitos expressarem as suas emoções (Fonte, 1993). Heiberg (1980, *cit. in* *ibid.*) sugere como explicação para estas diferenças que quanto maior o nível educacional, maior será a liberdade de expressão dos sentimentos e fantasias.

Não foi encontrada relação com o estado civil, sendo que não existe diferença entre os não casados e os casados relativamente à alexitimia, contrariamente ao encontrado no estudo de Kokkonen et al. (2001).

Quanto ao hábito de vida mais associado à doença cardíaca, o tabagismo, a análise dos dados demonstra que dentro do total de fumadores da amostra, mais de 50% pertencem ao grupo experimental, confirmando o tabagismo como factor associado à doença coronária, nomeadamente ao EAM (O'Keefe, Nelson & Harris, 1997; Trigo, Coelho & Rocha, 2001).

Passando à análise dos dados distintivos do grupo experimental e de controlo, a alexitimia não aparece como característica distintiva dos dois, contrariamente ao indicado pela investigação. Quer nos totais obtidos pela TAS-20, quer pela primeira parte da QAE-EN, não se encontram diferenças significativas entre as médias dos dois grupos, mas apenas uma tendência, que sugere uma diferença no sentido esperado. No total da TAS-20 os resultados desta investigação indicam que, em termos percentuais, cerca de um terço (33%) dos sujeitos com EAM apresenta alexitimia, percentagem semelhante (21% de alexitímicos na mesma população) à encontrada no estudo de Valkamo et al. (2001) e no estudo de Kojima, Frasure-Smith e Lespérance (2001), em que a prevalência de alexitímicos com EAM é de 31% e com características sócio-demográficas semelhantes (relação da alexitimia com a idade crescente e com o menor nível de instrução).

Na análise da componente da hostilidade em estudo, a raiva, encontra-se uma relação particularmente forte entre a variável

anger in e o EAM. Estes dados vão de encontro ao observado por Berenbaum e Irvin (1996) e por Waldstein et al., 2002. Parece confirmar-se que a interiorização das emoções, no caso a raiva, tem forte relação com o EAM, comprovando o grande peso dos factores emocionais e vivenciais na doença cardíaca (Barefoot et al., 1989, cit. in Trigo, Rocha, Coelho, 2000).

A componente *anger out* aparece também relacionada com a doença cardíaca. Apesar de alguns autores verem esta componente como um factor protector para esta patologia (Mills et al., 1989, cit. in Keltikangas-Jarvinen & Ravaja, 2002), na perspectiva de Julkunen et al. (1994, cit. in ibd.), a *anger out* é considerada como um factor de risco para a doença coronária. Apesar de não avançarmos para a noção de factor de risco, parece-nos que neste caso ela tem, de facto, uma influência negativa na ocorrência do enfarte, havendo na amostra de cardíacos uma preponderância desta característica.

A relação da componente *anger out* com a alexitimia, significativa nesta investigação, é concordante com a definição dos autores do conceito de alexitimia, que referem que, “apesar de habitualmente os doentes alexitímicos não exprimirem os seus afectos, ocasionalmente podem manifestar breves mas violentas explosões do seu comportamento afectivo, nomeadamente raiva ou choro” (Sifneos, 1988, Nemiah et al. 1976, 1978, cit. in Fonte, 1993).

O *anger control* está relacionado de forma negativa com a DAC, confirmando os estudos de Harburg et al. (1979, cit. in Trigo, Rocha & Coelho, 2000) e com a alexitimia, visto que a sua própria definição explica já esta relação negativa. O sujeito

alexitímico é caracterizado exactamente pela incapacidade de expressar emoções, entre elas a raiva, ou de o fazer de forma desadequada, tal como foi já discutido.

Alexitimia e hostilidade, em particular, *anger in* e *anger out*, relacionam-se, tal como foi já demonstrado noutra investigação (Calikusu, Yucel, Polat & Baykal, 2002).

Os dados apresentados nesta investigação corroboram, de certa forma, a ideia de que as variáveis psicossociais (raiva, neste caso), aliadas à alexitimia aumentam a sua influência na ocorrência do EAM. Numa perspectiva diferente, as duas variáveis podem ser vistas como consequências do próprio enfarte, sendo que nos indivíduos que sofreram EAM, a capacidade de modulação de emoções pode sair afectada, devido ao grande impacto deste evento na adaptação destes sujeitos (Cardoso, 1984). Estas são apenas hipóteses levantadas, já que não se pretende com esta investigação avançar para uma relação de causa/efeito das características em estudo e a ocorrência do EAM, mas apenas estudar a sua associação com esse evento.

Como possibilidades de intervenção levantadas com os resultados deste estudo, salienta-se o trabalho a nível da expressão e modelagem/regulação das emoções. Este tipo de trabalho será útil para o doente cardíaco, ajudando-o a uma maior adesão aos tratamentos e mudanças de estilo de vida necessárias, bem como à diminuição dos níveis de activação geral inerentes às variáveis psicológicas em estudo e também em população com outro tipo de patologia, como referem Calikusu *et al.*, (2002). Adiantamos ainda que, mesmo a população saudável pode beneficiar

deste tipo de treino. Não só porque a relação causal entre a não expressão das emoções ou das formas incorrectas de o fazer e o EAM continua a ser apenas uma hipótese, mas também porque potencia a sua expressão com os outros, maximizando não só o seu potencial pessoal, como social.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the presence of alexithymia and hostility in individuals that suffered a myocardial infarction. Alexithymia has been noted in healthy individuals of some age as well as in individuals with several chronic diseases, including coronary artery disease. Data from 30 males with myocardial infarction and 30 males without myocardial infarction were collected. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) was used, as well as (QAE-AN) a scale for evaluating emotions in anorexia nervosa, the STAXI and a lifestyle questionnaire. The results observed confirm the relation between myocardial infarction and the risks directly associated with lifestyle. The results also point out a slight but not significant difference between the two groups, this difference tends to confirm the relationship between alexithymia and myocardial infarction. Hostility appears to be related to myocardial infarction, particularly the dimension anger in. Alexithymia and hostility also tend to be related. The results point out the need to work the expression level and the modelling of the emotions, both in cardiac patients and healthy individuals.

Key-words: *Alexithymia; Hostility; Anger in; Anger out; Anger control; Myocardial infarction.*

BIBLIOGRAFIA

- Almeida V, Machado P. Somatização e alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004; 4: 285-298.
- Barros S, Teixeira J, Trindade I. Alexitimia e doença crónica. In JL Ribeiro (Ed), 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas. (493-505) Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997.
- Berenbaum H, Irvin S. Alexithymia, anger, and interpersonal behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996; 65, 203-208.
- Berenbaum H, Raghavan C. Culture and alexithymia: mean levels, correlates, and the role of parental socialization in emotions. *Emotion-Washington, DC*, 2, 341-360, 2002. [Abstract]
- Borges M, Jorge MR, Morgan CM, Da Silveira D, Custódio O. Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Research* 2002; 10, 1127-1134 [Abstract]
- Bridewell WB, Chang EC. Distinguishing between anxiety, depression and hostility: relations to anger in, anger out, and anger control. *Personality and Individual Differences* 1997; 22(4): 557-590.
- Calikusu C, Yucel, B, Polat, A, Baykal C. Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2002; 32: 345-352. [Abstract]
- Cardoso RM. *Enfarte do miocárdio: factores de risco da pessoa em situação*. Porto, FMUP, 1984.
- Coelho M, Gomes MC. A expressão de hostilidade e factores comportamentais associado à doença cardíaca coronária. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2003; 5(2): 105-116.
- Silva D, Campos R, Prazeres N. O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia* 1999; 34: 55-81.
- Fontaine O, Kulbertus H, Étienne AM. *Stress e Cardiologia* (P Mendonça, Trad). (Climepsi: Lisboa) (Original publicado em 1996), 1998.
- Gago J, Neto D. Alexitimia e toxicodependência. *Toxicodependências* 2001; 7(3): 19-22.
- Fonte JA. *Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas*. Viana do Castelo: Edição do autor, 1993.
- Friedman S, Vila G, Evem C, Timsit J, Boitard C, Dardennes R, Guelfi JD, Mouren MC. Alexithymia in insulin-dependent diabetes mellitus is related to somatic variables or compliance. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 55: 285-287. [Abstract]
- Gomez F, Eizaguirre E, Aresti A. Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Toxicodependências* 1997; 2: 77-85.
- Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamaki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42(3): 234-239 [Abstract].
- Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, Viinamaki H. Alexithymia in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 50(3): 125-130 [Abstract].
- Keltikangas-Jarvinen L, Ravaja N. Relationship between hostility and physiological coronary heart disease risk factors in young adults: moderating influence of perceived social support and sociability. *Psychology and Health* 2002; 17(2): 173-190.
- Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin MR, Joukamaa M. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42(6): 471-476 [Abstract]
- Kojima M, Frasure-Smith N, Lesperance F. Alexithymia following myocardial infarction: psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51(3): 487-495 [Abstract].
- Lobo S, Trindade I, Teixeira J. Alexitimia: aplicabilidade em psicologia da saúde. In JL Ribeiro (Ed), 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Actas (61-71). Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1997.
- Muller J, Buhner M, Ellgring H. Relationship and differential validity of alexithymia and depression: a comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating Depression Scales. *Psychopathology* 2003; 36: 71-77 [Abstract].
- O'Keefe J, Nelson J, Harris W. Mudanças do estilo de vida necessárias na doença coronária. *Postgraduate Medicine* 1997; 7(3): 33-43.
- Prazeres N, Parker J, Taylor G. Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *RIDEP* 2000; 9(1): 9-21.
- Sánchez M. Analfabetos emocionales. *El País* (Fev, 2) 2004; 12.
- Silva D, Campos R, Prazeres N. O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia* 1999; 34: 55- 81.
- Spielberg C, Krasner S, Solomon E. The experience, expression and control of anger. In Janisse M. (ed.). *Individual differences, stress and health Psychology*. Springer - Verlag, New York Inc, 1988.
- Taieb O, Corcos M, Loas G, Speranza M, Guilbaud O, Perez-dias F, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse J, Flament M, Jeammet P. Alexithymie et dependance a l'alcool. *Annales de Medecine Interne* 2002; 153(3): 1551-1560 [Abstract].
- Torres S, Guerra M. A construção de um instrumento das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2003; 4: 97-110.
- Trigo M, Rocha EC, Coelho R. Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2000; 2(2): 149-199.
- Trigo M, Coelho R, Rocha EC. Factores de risco clássicos e sócio-demográficos da doença das artérias coronárias: revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2001; 3(2): 239-262.
- Trigo M. Psicocardiologia como área multidisciplinar: do dualismo filosófico à emergência da ciência biopsicossocial. *Psicologica* 2002; 29: 71-87.
- Waldstein S, Kauhanen J, Neumann S, Katzel L. Alexithymia and cardiovascular risk in older adults: psychosocial, psychophysiological, and biomedical correlates. *Psychology and Health* 2002; 17(5): 597-610.

